

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ «Summer Class Δήμου Θήρας 2024»

*Σε περίπτωση που επιθυμείτε να εγγραφείτε και στις δύο περιόδους επιλέξτε και τα δύο πλαίσια.

	Χωρίς Φαγητό	Με φαγητό*	Ωρα Αποχώρησης 14:00 – 14:15	15:15 – 15:30
Α' ΠΕΡΙΟΔΟΣ: 17/06/2024 – 12/07/2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Β' ΠΕΡΙΟΔΟΣ: 15/07/2024 – 09/08/2024	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Σε περίπτωση που υπάρξει συμφωνία με συνεργαζόμενο εστιατόριο το κόστος φαγητού είναι επιπλέον

◆ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ : _____

ΟΝΟΜΑ : _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ : _____ ΗΛΙΚΙΑ: _____

ΣΧΟΛΕΙΟ: _____ ΤΑΞΗ (ΠΟΥ ΦΟΙΤΗΣΕ): _____

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ : _____

*Τα προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων θα απαιτηθεί να κοινοποιηθούν σε εταιρεία για την υπογραφή συμβολαίου ασφάλισης.

◆ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____ ΟΝΟΜΑ: _____

Α.Δ.Τ.: _____ ΑΦΜ: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: _____ Ε MAIL: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____ ΚΙΝΗΤΟ: _____

◆ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΑΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΤΟ ΠΑΙΔΙ

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____ ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ: _____ ΟΝΟΜΑ: _____

Α.Δ.Τ: _____ Α.Δ.Τ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____

..../...../2024

Ο/Η ΑΙΤ

◆ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

(ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ)

1. ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
2. ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΦΑΓΗΤΟΥ
3. ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΠΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟ
4. ΕΝΤΥΠΟ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ
5. ΈΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΛΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ
6. ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΟ ΕΓΓΡΑΦΟ ΖΗΤΗΘΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΡΟΣ ΕΠΙΚΥΡΩΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ